

OBSERVATIONS
PRATIQUES
RELATIVES A LA RÉSECTION
DES
ARTICULATIONS AFFECTÉES
DE CARIE,

PAR P. F. MOREAU, de Bar-sur-Ornain,
Docteur en Médecine de l'École de Paris.

Il est rare que l'on arrive tout-à-coup à l'évidence: dans toutes les sciences et dans tous les arts, on a commencé par une espèce de tâtonnement.

Log. de Condillac, chap. IX.

A PARIS,
Chez Croullebois, Libraire, rue des Mathurins, nº. 398.

DE L'IMPRIMERIE DE FARGE, CLOITRE SAINT-BENOIT, Nº 372.

AN XI. — 1803.

A LA MÉMOIRE

DE

MON PÈRE,

ET

A M. PERCY,

Professeur à l'École de Médecine de Paris, Inspecteur général des Hôpitaux, etc.

P. F. MOREAU.

INTRODUCTION.

Mon but, en travaillant à cette dissertation, a été de lui donner le caractère d'un ouvrage de pratique : je n'ai pas cru devoir parler des caries d'une manière générale et scholastique; je me renferme absolument dans la seule question sur laquelle j'espère pouvoir jeter quelque jour; ainsi que l'on ne s'attende pas à trouver ici des définitions ni des principes généraux, quelle que soit d'ailleurs l'opinion sur leur utilité. Il en sera de même des causes, du diagnostic et du pronostic, etc.

J'avoue que si, pour me faire entendre, mon ouvrage me mettait dans la nécessité de dire ce qu'est une carie, je me garderais bien de la comparer à l'ulcère des parties molles; car outre le vice d'une comparaison entre des tissus qui n'offrent point d'identité de structure et de vitalité, on ne trouve aucune analogie entre les caractères principaux. D'ailleurs, toute définition d'un objet sensible, pour être juste, doit offrir le tableau de ses caractères.

Je ne sais si ceux qui se sont occupés utilement du traitement des caries, ont pu tirer

quelque avantage de leurs divisions en caries seches, humides et avec vermoulure : mais, quoique jeune encore, j'ai déjà pu m'apercevoir que cette classification ne servait à rien, qu'au lieu d'offrir la démarcation de plusieurs espèces, elle présentait le plus souvent différens états de la même maladie. *Alex. Monro* (1) divise les caries d'une manière plus extraordinaire encore; il reconnaît une carie seche ou gangréneuse; la vermoulure ou l'ulcère des os; la carie charnue ou l'ulcère des os, accompagnée de chairs baveuses; la carie phagédénique, accompagnée de chairs baveuses; puis les caries symptomatiques. Je n'en citerai pas d'autres; cela me suffit pour prouver que l'on est loin de s'accorder sur ce point, et l'on ne doit pas s'en étonner, quand on voit qu'aucune observation précise n'a servi de base à ces classifications. Pour moi, je n'en adopte ici aucune, il me suffira d'établir les caractères des maladies dont j'aurai à donner l'histoire.

Déjà le traitement de la carie, ayant son siége sur le corps des os, est très-avancé; on

(1) Obs. de Médecine de la Société d'Edimbourg vol. 5.

sait que *Troja*, *Trioen*, *David*, *Wiedman* et quelques habiles praticiens de Paris, ont connu d'autres ressources que celles de cette chirurgie timide, qui se borne aux topiques, et qui fait pis encore, en attendant du temps une guérison qu'elle n'ose entreprendre. Mon père m'a laissé sur cette maladie des observations curieuses, dont je ferai usage un jour; mais qui, étrangères à l'objet dont je m'occupe dans cet écrit, ne peuvent y être rapportées.

L'esprit d'observation avait élevé la chirurgie si haut dans le siècle dernier, qu'il faut s'étonner maintenant que l'on ne se soit pas plus familiarisé avec les conceptions hardies. Il est si ordinaire, même pour des esprits éclairés, de prendre l'analogie et l'habitude pour base de leurs jugemens, que les découvertes inattendues éprouveront toujours des entraves et des contradictions, jusqu'au moment où les expériences multipliées forceront enfin à la conviction. La méthode que je présente pour la guérison des caries de plusieurs articulations est encore si peu connue, que je craindrais d'en parler, même l'observation à la main, si je ne pouvais citer à l'appui des témoignages du plus grand poids,

En 1784, les observations de *Park* sur la résection des os des articulations du genou et du coude, furent traduites et publiées en France, par un professeur célèbre, M. *Lassus*, dont l'autorité devait leur être si favorable (1). Elles n'y excitèrent que de l'étonnement et de l'incrédulité; et en 1789, elles n'avaient pas acquis plus de partisans dans le sein même de l'Académie de Chirurgie, qui, à cette époque, repoussa des observations du même genre, que mon père lui adressait avec des détails, et un caractère bien propres pourtant à la persuader.

Ce chirurgien sentait depuis long-temps l'insuffisance des moyens employés pour le traitement des caries : habitué à secouer le joug de la routine, il avait emporté, le 13 août 1782, à un nommé *Lecheppe*, une carie considérable qui intéressait inférieurement les deux os de la jambe. Le succès de cette opération fut si complet, que pressentant les résultats qu'on en pouvait tirer, il s'exprime ainsi dans le Mémoire qu'il en

(1) Nouvelle méthode de traiter les maladies qui attaquent l'articulation du coude et du genou.

adressa à l'Académie de Chirurgie la même année.

« Les caries des articulations sont re-
» gardées comme des maladies incurables
» qui exigent l'amputation ; ne pourroit-
» on pas, dans le cas où tous les autres
» moyens curatifs auraient été inutiles,
» tenter de sauver le membre par une opé-
» ration à peu près semblable ?

Il propose pour exemple l'articulation de l'humérus avec le cubitus, et continue ainsi :

« Quand la carie affecterait toute l'arti-
» culation, dans pareille circonstance, je
» l'emporterais ; je mettrais les os coupés
» à même de se toucher, lorsque la rétrac-
» tion des muscles les rapprocherait l'un
» de l'autre ; je tiendrais le membre fixé
» comme dans une fracture, et j'attendrais
» patiemment que les pièces osseuses se
» soudassent ».

Plus bas il ajoute :

« Il y a sûrement beaucoup d'autres cir-
» constances où on peut partir de cette opé-
» ration pour se diriger dans les maladies
» graves des articulations ».

Pour apprécier ce que je viens de citer,

il faut se représenter que cela a été écrit en 1782; et je ne crois pas hasarder beaucoup, en disant que dès ce moment la découverte était faite, et que mon père n'attendait que l'occasion de la poursuivre. L'ouvrage de *Park* n'avait pu être consulté, puisqu'il n'a paru en France qu'en 1784. Sans vouloir enlever à son auteur le tribut de reconnaissance qui lui est dû, j'observe qu'outre la différence des procédés, il inspire plus de crainte que de courage, comme le prouve l'effet qu'il a produit sur ceux qui auraient pu marcher sur ses traces, au nombre desquels on peut citer son judicieux compatriote *Bell*, qui s'exprime ainsi à son occasion : « Quoiqu'on ne puisse juger du » mérite de l'opération que par de nouveaux » essais, j'observerai qu'elle paraît si dan- » gereuse, qu'il y a lieu de croire qu'elle » ne sera jamais généralement adoptée (1) ».

Les réflexions suggérées par le succès de l'opération de *Lecheppe*, décidèrent mon père à emporter la tête de l'humérus et la cavité glénoïdale correspondante, dans un état de carie. Cette opération, faite en 1786

(1) Cours complet de Chirurgie, t. VI, p. 256.

à Cousance, en présence de M. *Balthasard*, habile chirurgien du lieu, eut un succès complet, et l'observation fut communiquée à l'Académie de Chirurgie la même année; elle voulut bien l'accueillir. De même que la précédente elle n'a point été publiée; probablement elle est restée dans les papiers inédits de cette illustre société.

En 1789, mon père adressa à la même compagnie, un Mémoire dans le but *de faire connaître une nouvelle manière de détruire les caries, et de démontrer l'insuffisance et le danger des moyens employés jusqu'alors*. Ce travail essuya les plus vives contradictions, quoiqu'appuyé sur beaucoup de faits, qu'on trouva plus commode de nier que de discuter; et au lieu de s'assurer de leur réalité, on répondit de manière à écarter tous renseignemens ultérieurs, sur un objet qui méritait une si grande attention; ce qui toutefois ne put dégoûter mon père, ni l'arrêter dans une carrière où il semblait qu'aucun de ses compatriotes n'osait le suivre.

L'opération qui fait le sujet de l'observation, n° 4 de mon Mémoire, et qui est relative à la carie du genou, a été faite en

1792, lors du passage de l'armée de *Kellermann* à Bar-sur-Ornain, pour aller au camp de la Lune. Messieurs *Percy* et *Chamerlat*, chirurgiens en chef de l'armée, y assistèrent, ainsi que plusieurs chirurgiens de première classe. Il serait impossible de la révoquer en doute.

Cette circonstance démontra de plus en plus à M. *Percy*, la possibilité de ces opérations, qu'il avait déjà mises en pratique dans plusieurs cas de carie, et auxquelles il a depuis eu recours, avec tant de succès, dans les coups de feu aux articulations, sur-tout à la scapulo-humérale et à l'huméro-cubitale.

M. *Sommeiller*, élève de mon père, et chirurgien instruit de mon département, a aussi obtenu des guérisons étonnantes, de cette pratique trop peu usitée.

C'est ici le cas de rappeler les belles expériences de M. *Chaussier* sur la résection des os des animaux dans diverses articulations.

Le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu (M. *Pelletan*), qui, en 1789, doutait encore des observations de mon père, me permettra, sans doute, de rappeler ici l'encouragement qu'il a bien voulu donner au projet de publier mon travail.

La résection de la tête de l'humérus est un peu plus connue que celle dont je vais parler. Quelques Anglais, depuis *White*, en ont fourni des exemples. M. *Percy*, qui, en 1789, l'avait déjà pratiquée deux fois avec une entière réussite, l'a faite souvent aux armées, à la suite de coups de feu, qui, selon la chirurgie ordinaire, eussent exigé l'amputation dans l'article, et plusieurs de ses collaborateurs ont, de cette manière, sauvé le bras, et peut-être la vie à un assez grand nombre de blessés. Comme je l'ai déjà dit, mon père avait adressé son procédé à l'Académie de Chirurgie en 1786. Des différens membres de cette société, M. *Pelletan* me semble le seul qui en fasse mention (1). Comme il diffère de ceux conseillés jusqu'alors, je crois devoir ajouter l'observation qui y a donné lieu à la suite de celles que je vais faire paraître.

---

(1) Cours de Clinique externe, à l'Hôtel-Dieu.

La résection de la tête de l'humérus est un peu plus commune que celle dont je viens de parler. Quelques chirurgiens anglais, MM. White, [illegible] ont fourni des exemples [illegible]. M. Percy, [illegible] en 1781(?), l'avait déjà pratiquée [illegible] avec une entière réussite. La plupart [illegible] à la suite de coups de feu, [illegible] selon la chirurgie ordinaire, eussent exigé l'amputation dans l'article, et plusieurs de ces malades leur ont, de cette manière, conservé le bras, et peut-être la vie à un [illegible] grand nombre de blessés. Comme je l'ai déjà dit, [illegible] avait adressé son [illegible] à l'Académie de Chirurgie en 1780(?). [illegible] tous membres de cette société, M. [illegible] me semble le seul qui en fasse mention (1). Comme il diffère de [illegible] dans quelques [illegible], je crois devoir [illegible] qui y a donné lieu [illegible] sans être parfaits.

---

(1) [illegible]

OBSERVATIONS
PRATIQUES
RELATIVES A LA RÉSECTION
DES
ARTICULATIONS AFFECTÉES
DE CARIE.

CHAPITRE PREMIER.

Articulation huméro-cubitale.

AVANT de donner les observations qui doivent me servir à démontrer la nécessité et l'utilité de la résection de l'articulation huméro-cubitale, je suis amené à établir la situation de l'art sur cet objet. Je n'aurai pas beaucoup de recherches à faire, car il y a peu de temps que l'on s'est avisé d'y réfléchir, et ces opérations sont si laborieuses, que la crainte a glacé le courage, lorsqu'on a osé faire le premier pas.

Park est le seul de qui j'aie à parler : il a

conçu la possibilité d'ajouter cette découverte à la chirurgie ; mais il n'en offre pas l'exemple ; seulement il a essayé le procédé sur le cadavre, et voici ce qu'il en dit :

« On fit une simple incision longitudinale » depuis environ deux pouces au-dessus jus- » qu'environ la même distance au-dessous » de la pointe de l'olécrane ; on écarta les » lèvres de la plaie ; on tâcha de diviser les » ligamens latéraux et de luxer la jointure : » mais la chose paraissant difficile, on scia » l'olécrane ; par ce moyen on découvrit » assez la jointure pour la luxer aisément, » sans être obligé de faire une incision trans- » versale ; on fit sortir l'extrémité inférieure » de l'humérus qu'on scia, ainsi que l'extré- » mité supérieure du radius et du cubitus ; » cette opération parut fort aisée ; mais on » ne considéra point que l'articulation était » saine et le sujet très-maigre, et que, par » conséquent, les tégumens étaient fort » lâches. Dans une jointure malade, j'ima- » gine que le cas doit être différent, et qu'il » serait nécessaire de faire une incision cru- » ciale, et de diviser l'humérus au-dessus » des condyles, comme nous avons fait en » décrivant l'excision de l'extrémité infé- » rieure du fémur ».

Park observe avec infiniment de justesse, qu'opérer sur un cadavre et opérer sur le vivant, sont deux choses impossibles à comparer. En effet, l'état pathologique change tellement l'aspect et le rapport des parties, que les considérations pratiques varient beaucoup. C'est ainsi que la carie qui affecte une articulation, produit sur les chairs qui l'environnent un gonflement considérable, et des ulcères qui en altèrent plus ou moins le tissu.

Avant d'avoir découvert les os, il serait impossible à l'opérateur de déterminer ce qu'il aura à emporter. La durée de la maladie est une donnée infidèle, puisque certaines caries très-récentes ont une étendue qui surpasse celle des plus anciennes, soit que cela dépende de la cause, de la texture de l'os qui en est affecté, ou du mauvais traitement. Le gonflement des chairs n'est pas une induction plus certaine; il est toujours considérable dès qu'il y a carie dans une articulation. Le stylet ne pouvant arriver que là où la fistule aboutit, ne peut faire juger que du point qu'il touche; ce moyen est tellement trompeur, qu'il arrive souvent de ne rencontrer qu'un point de carie, tandis

que tout le corps de l'os se trouve malade. La suppuration, la douleur, le défaut de mouvement, etc., n'en apprennent pas davantage.

Il est donc essentiel, pendant l'opération, de pouvoir s'étendre ou se borner, suivant le développement du mal. On verra dans la troisième observation, que mon père ne fit qu'un lambeau, parce qu'il ne trouva rien à emporter au-delà de ce qu'il recouvrait. Le procédé que *Park* conseille n'offre pas cette ressource; l'incision longitudinale ne pouvant suffire, à cause du gonflement des chairs, on est obligé d'en faire une transversale, ce qui fournit quatre lambeaux. Ce n'est pas que cette multiplicité me paraisse dangereuse; mais elle n'est rien moins que nécessaire, puisqu'on obtient le même résultat avec deux, et je puis même assurer que ces quatre lambeaux doivent gêner davantage l'opérateur.

Le précepte d'enlever d'abord l'olécrane serait au moins inutile, si la carie ne s'y étendait pas, et en général ce n'est pas le moyen le plus commode pour désarticuler l'humérus.

Park rapporte une observation curieuse

de *Wainman*, qui semble bien propre à appuyer ses vues; la voici :

«Un homme qui courait à cheval à toute » bride, tomba et se luxa le cubitus ; l'os du » bras passa à travers les tégumens, et entra » bien avant dans la terre; ce qui mit cet » os entièrement à nu. Il fut impossible de le » réduire. J'imaginai qu'il n'y avait rien de » mieux à faire que d'amputer le bras; mais » la famille du malade s'y opposa. Je fis » appeler le docteur *Tailor* qui fut de mon » avis; le malade ne voulut point s'y ren- » dre. Nous crûmes qu'il n'y avait point » de meilleur parti à prendre que celui de » scier l'humérus, ce que je fis environ à » un pouce au-dessus du sinus qui reçoit » l'olécrane. Ensuite je plaçai le bras dans » la situation que je crus la plus avanta- » geuse, pronostiquant qu'il se ferait une » ankylôse : je me trompai, le malade vit » encore, et peut exécuter tous les mou- » vemens du coude aussi aisément que s'il » n'eût jamais été blessé ».

Cette observation extrêmement intéres- sante pour le traitement des luxations com-

pliquées, ne peut s'appliquer à la maladie qui m'occupe ici, parce que l'articulation et les chairs n'éprouvaient pas une altération chronique, parce qu'elle n'offre pas un procédé à suivre, etc. On doit estimer qu'il est bien autrement difficile de découvrir et de faire la résection d'une articulation cariée, que de scier des extrémités articulaires, sorties accidentellement, et présentées, pour ainsi dire, par la nature. Car alors on suit une marche indiquée par les accidens, et on n'en peut induire une méthode générale.

Je ne connais rien autre de publié sur cette opération; plusieurs modernes en ont parlé, mais ils se sont contentés de noter succinctement les conseils de *Park*.

Mon père a donc été forcé de créer son procédé, et d'avoir assez de courage pour détruire une articulation que jusqu'alors on n'avait osé toucher.

Les observations que je présente seront sans doute répétées; que ceux qui les réitéreront pour des caries étendues, s'attendent à avoir besoin de tout leur sang-froid! Cette chirurgie veut de la prudence, et exclut

toute timidité. Elle était, comme je l'ai déjà dit, devenue familière à plusieurs chirurgiens très-distingués de l'armée du Rhin, à qui leur chef également entreprenant et éclairé l'avait fait préférer pour les coups de feu graves dans l'article dont il s'agit, à cette chirurgie expectante, source d'incertitude, d'accidens consécutifs et de dangers mortels, ainsi qu'à cette routine destructive, qui, d'emblée, retranche un membre, lorsque, par une opération sagement hardie, on pourrait le conserver.

Première Observation.

Jacques Colignon, fils de la veuve Colignon, aubergiste à Voie, arrondissement de Commercy, département de la Meuse, éprouva dans sa dix-neuvième année un engorgement de la glande maxillaire du côté gauche, qui se termina par suppuration d'une manière lente; aussitôt la cicatrisation de l'ulcère, l'articulation devint œdémateuse.

Après un usage continué pendant six semaines de toutes sortes de cataplasmes émolliens, il survint un abcès sur le condyle interne de l'humérus, il s'en forma d'autres

ensuite ; et enfin après sept à huit mois d'un traitement infructueux, il y avait trois ulcères fistuleux, dont deux du côté interne, et un du côté externe; ils conduisaient jusqu'à l'articulation que le stylet touchait à nu; il en sortait une sérosité roussâtre. Si l'on faisait mouvoir cet article, les os se frottaient les uns contre les autres, et l'on entendait une forte crépitation. La peau était livide dans le pourtour des ulcères. Les chairs étaient gonflées et œdématiées sur toute l'articulation. Le malade se portait bien d'ailleurs.

C'est dans cet état que je fus consulté, le 8 messidor an 5. C'eût été peut-être là le cas de redouter le scrophule; mais les observations de mon père m'avaient prouvé que cette crainte était souvent chimérique, à moins que d'autres symptômes ne constatassent l'existence de cette maladie. C'est pourquoi je me décidai à faire l'opération que je pratiquai de la manière suivante, sans autres préparations de la part du malade, que la précaution de ne pas souper la veille.

On disposa vis-à-vis une croisée très-éclairée, une table haute de quatre pieds, que l'on couvrit d'un matelas, sur lequel le malade fut couché sur le ventre, de sorte que

le bras se trouvait sur un des bords de la table, et présentait à l'opérateur la face postérieure et interne de l'articulation. Cette situation exige un appareil effrayant; mais si l'on fait attention que le chirurgien est à son aise, que le patient qui a de grandes douleurs à supporter, peut être facilement maintenu, que le bras se présente convenablement, on conviendra que j'ai dû me conduire ainsi.

Après avoir appliqué le garrot sur le tiers supérieur du bras, pour s'opposer à l'effusion d'une trop grande quantité de sang, et diminuer les douleurs, je le confiai à un aide intelligent. Le bras étant à demi-fléchi, je plongeai un scalpel à dos (1) sur la crête du condyle interne, à deux pouces au-dessus de sa tubérosité; et en me dirigeant sur la même ligne, j'allongeai l'incision jusqu'à l'articulation: j'en fis autant pour l'autre côté. Alors je réunis ces deux plaies par une section transversale, qui coupait la peau et le tendon du triceps brachial, immédiatement au-dessus de l'olécrane.

---

(1) Je préfère cet instrument au bistouri, en raison de sa solidité.

Par ce procédé, j'avais un lambeau quadrilatère, dont un des bords tenait aux chairs de la face postérieure du bras. Je le détachai de l'os en le disséquant de bas en haut, et le fis soutenir par un aide.

L'humérus se trouvant à découvert, je le lavai et l'essuyai avec une éponge pour m'assurer de son état. Il était gonflé, couvert d'aspérités; l'articulation était abreuvée de pus, et remplie par des fongosités qui tenaient la place des cartilages entièrement disparus. Il n'y avait plus de doutes sur la nécessité d'enlever cette partie; mais voulant m'assurer si la carie en pénétrait toute la substance, j'en enlevai un peu avec une gouge: cette épreuve me décida; alors je détachai les chairs qui adhèrent à la partie antérieure de l'os au-dessus des condyles, avec la précaution de diriger la pointe de mon instrument au moyen du doigt indicateur de la main gauche; et dès que je pus passer le manche d'un scalpel, je l'y laissai, et je sciai par-dessus. J'achevai d'enlever la pièce en la relevant et en la détachant de ce qui pouvait la retenir. M'étant aperçu que l'humérus était encore altéré plus haut, je

fus obligé d'en enlever six ou huit lignes de plus (1).

Le plus difficile de mon opération restait à faire, car j'avais encore à enlever l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras.

Mon premier lambeau ne suffisait plus, il fallut en faire un autre; je prolongeai l'incision du condyle externe le long du bord externe de la partie supérieure du radius; je séparai la tête de cet os des parties environnantes, je détruisis son union avec le cubitus, et j'introduisis entre eux une bandelette de linge, pour éloigner les chairs qui auraient pu être blessées par la scie. Je le sciai près l'attache biceptale que j'eus le bonheur de conserver : trouvant encore quelques cellules médullaires remplies de pus, je les enlevai avec la gouge, sans toucher à la substance compacte qui les renfermait (2).

---

(1) Voyez les pièces emportées, planche Ire.

(2) La section des os de l'avant-bras se fait avec une petite scie; les chairs vous embarrassent trop pour en mouvoir une grande: la petite est difficile à conduire, mais on ne peut faire mieux; aussi ajoutez à cette difficulté le danger d'ouvrir les vaisseaux qui traversent dans cet endroit le ligament interosseux, vous jugerez très-pénible cette partie de l'opération.

Je découvris ensuite le cubitus par une nouvelle incision qui correspondait à celle du condyle interne de l'humérus; elle me produisit avec la pareille que je venais de faire pour le radius, un lambeau quadrilatère qui, par un de ses côtés, tenait aux chairs de la face postérieure de l'avant-bras; je le détachai de la partie de l'os que je voulais emporter, je séparai celle-ci de tout ce qui s'y attachait; et, après avoir laissé une bandelette de linge entre elle et les chairs, j'en sciai environ un pouce et demi, pris du sommet de l'olécrane. Le reste de l'os étant sain, excepté quelques cellules médullaires, je les emportai comme celles du radius.

On conçoit que la plaie, résultant de cette opération, était énorme; cependant l'on verra bientôt que sa guérison fut aussi prompte que celle d'une simple solution de continuité. Elle fut lavée, le tourniquet relâché; deux ou trois petits vaisseaux donnaient; j'en fis la ligature.

Je rapprochai les deux lambeaux, et les maintins par deux points de suture entrecoupée; j'en pratiquai encore deux pour chaque plaie longitudinale, dont un appar-

tenait au lambeau du bras, et l'autre à celui de l'avant-bras (1).

Cela fait, le malade fut transporté sur son lit, où on avait préparé un coussin en balle d'avoine, recouvert d'un drap plié en plusieurs doubles, et d'un bandage à dix-huit chefs. Le bras y fut posé dans une demi-flexion, et je couvris les plaies de bandelettes enduites d'un mélange d'huile d'olive et de jaune d'œuf, dans le but de s'opposer au collement de la charpie qui rend les premiers pansemens si douloureux. Ces bandelettes furent couvertes de charpie, et le tout enveloppé de compresses et du bandage. Un cerceau s'opposa à la compression et au poids des couvertures.

Le premier jour se passa assez tranquillement; le soir, élévation du pouls, potion

---

(1) L'on pensera peut-être que les points de suture doivent déchirer les lambeaux, accroître leur contractilité; sans aborder la question des sutures, qui, certes, n'est pas encore décidée, j'observe que les chairs ne sont pas irritables comme dans les plaies qui intéressent un tissu non altéré, et je puis protester qu'il est impossible de s'en passer ici, comme on pourra s'en convaincre par la seconde observation.

calmante, décoction d'orge coupée avec le lait pour boisson. La nuit, insomnie, quoique le malade ne souffrît pas; il but abondamment.

Le second, fièvre sensible, peau bonne, l'appareil est trempé d'une sérosité sanguinolente et fétide, ce qui décida à lever l'appareil. Les lèvres des plaies commençaient à s'enflammer : on rappliqua le même appareil. La nuit du deux au trois fut bonne, sommeil léger.

Le troisième, mouvement fébrile, du reste, état de calme; pansement le matin comme les deux premiers; on le réitéra tous les jours. L'appareil était mouillé de sérosité. La nuit du trois au quatre, sommeil prolongé pendant cinq heures, quoique le malade ne prît que de l'eau d'orge coupée.

La nuit du quatre au cinq, hémorrhagie légère, augmentation de la phlegmasie.

Le cinquième jour, sérosité abondante et fétide; chairs rouges.

Le sixième, suppuration blanchâtre.

Le septième fut des plus heureux, diminution de la phlegmasie, suppuration louable, pouls naturel, appétit et sommeil,

Il résulte de ce détail, que, pour le septième jour, cette plaie, dont l'étendue aurait pu faire craindre les accidens les plus funestes, à tout autre moins familiarisé avec ces sortes d'opérations, n'était plus qu'une solution de continuité fournissant un bon pus. Pour ne pas être étonné de ce succès, il faut faire abstraction de toute plaie d'articulation, et ne voir ici qu'une division des parties molles et des parties dures, dont la guérison, comme celle des amputations, marche avec une promptitude surprenante.

Du septième au quarantième jour, tout fut de mieux en mieux; nul accident dans ce long intervalle, diminution de la suppuration, granulation des chairs. La plaie transversale était cicatrisée, ainsi que la longitudinale interne, à l'exception d'un demi-pouce à sa partie inférieure. La longitudinale externe un peu moins avancée, communiquait au centre de la plaie par un sinus peu profond.

Nulle sortie de pièces d'os, d'esquilles, au moins d'une manière sensible.

Le malade desirant sortir du lit, je le levai; il fut assis sur un fauteuil, le bras placé comme il l'était dans le lit, au moyen d'une petite table faite à dessein. Se trouvant fortifié au

bout de quinze jours, je lui fis faire une gouttière semblable à celle décrite dans *Bell*, pour la fracture de la clavicule; j'y plaçai le bras, et il put aller où bon lui sembla. Les choses continuant bien, toutes les plaies cicatrisées, excepté quelques points où la première cicatrice se rouvrait, je renvoyai le malade chez lui, portant toujours son bras dans la gouttière, dont il le sortit bientôt. D'abord, ce bras fut sans force, mais peu-à-peu il en acquit davantage; ne l'ayant pas vu pendant long-temps, je ne puis décrire la marche du rétablissement, qui fut lente sans doute.

En l'an 9, j'eus occasion d'examiner le bras; sa conformation extérieure était semblable à la seconde planche ci-jointe, qui en représente le côté extérieur. Sa longueur, prise de l'apophyse acromion, en suivant le côté externe du membre, jusqu'à l'extrémité du pouce, comparée à la même dimension de l'autre bras, est moindre de trois pouces. Le membre est un peu moins gros que l'autre.

Il existe un intervalle très-marqué entre les os de l'avant-bras, et ce qui est resté de l'humérus; il diminue beaucoup pendant le mouvement qui fait fléchir l'avant-bras sur

le bras; cependant les os ne se touchent pas; les extrémités supérieures des os de l'avant-bras sont réunies; le muscle biceps bien conservé, mais son ventre est augmenté, ce qui me semble prévenir de son raccourcissement. L'attache supérieure du long supinateur existe; la face dorsale de la main présente un amaigrissement marqué; le petit doigt est insensible (le nerf cubital avait été coupé dans l'opération); les doigts se meuvent librement et à volonté.

La flexion de l'avant-bras sur le bras est ferme, forte et sans vacillation; elle résulte de l'action simultanée du biceps et d'un gros trousseau de fibres du brachial antérieur, dont l'insertion a été conservée; la contraction de ces deux muscles est très-sensible pendant cette fonction. Ce mouvement a été long-temps avant d'être assuré; quand le blessé voulait le produire, l'avant-bras vacillait et tombait du côté interne; mais cela a changé successivement au point qu'aujourd'hui il est sûr et libre.

L'extension a lieu aussi, mais elle n'est ni complète, ni ferme; elle semble produite par l'action de quelques fibres profondes du triceps, dont le corps est cependant atrophié,

ce qui a occasionné une dépression à la partie postérieure et inférieure du bras.

La pronation et la supination ne sont pas ce qu'elles étaient ; ce mouvement a lieu volontairement ; pendant qu'il se fait, les deux os soudés à leur extrémité supérieure, tournent simultanément ; l'intervalle charnu qui sépare les os de l'avant-bras de celui du bras, se prête à une espèce de torsion. Cette fonction peut être très-étendue ; elle ne peut plus être l'effet de l'action des pronateurs, puisque le radius est immobile. Quelle est donc la force musculaire qui la produit ?

Je dirai plus, cet opéré est aujourd'hui tellement fort et libre de son bras, qu'il s'en sert pour battre à la grange, manier la charrue, etc.

Si cela paraît difficile à croire, qu'on veuille bien vérifier et répéter; je suis assuré qu'avec les mêmes circonstances on obtiendra le même résultat.

Au surplus cet homme existe, ainsi que ceux dont je vais parler, et plusieurs autres à qui l'opération a été faite, aux armées, sous les yeux, ou de la main même de M. Percy, dont les procédés ont dû varier

à raison du fracas comminutif produit par les coups de feu. Je suis autorisé à dire ici que ce chirurgien célèbre avoue avec plaisir, et une sorte de reconnaissance, que ce fut mon père, un de ses meilleurs amis, qui lui communiqua cette heureuse audace que déjà, il est vrai, il avait montrée dans la résection de la tête de l'humérus; mais que sans lui, il n'eût peut-être pas osé porter jusqu'à celle de l'articulation huméro-cubitale.

Seconde Observation.

Le nommé Moriot, chasseur à la première compagnie de la légion du centre, fut évacué à l'hôpital militaire de Bar-sur-Ornain, le 12 fructidor an 2; il portait plusieurs ulcères près le coude du côté droit, suite d'une balle qui avait frappé cette partie. Ce militaire avait supporté plusieurs opérations, dans différens hôpitaux, sans aucun succès; le bras était très-gonflé et douloureux, au point que ce n'était qu'avec la plus grande peine qu'il permettait qu'on le touchât; la suppuration était sanieuse et tachait les linges; le sujet dépérissait de jour en jour.

Mon père s'étant suffisamment assuré de l'existence d'une carie, se décida à l'opération qu'il fit de la manière suivante :

Le malade assis sur une chaise, le bras et le corps maintenus par des aides, il fit une incision longitudinale de chaque côté de l'extrémité inférieure du bras, le long de la crête des condyles; ces incisions qui commençaient environ à deux pouces et demi au-dessus des condyles, s'étendaient jusqu'au-dessous, et pénétraient jusqu'à l'os. Il en pratiqua une troisième au-dessus de l'olécrane; elle se dirigeait transversalement d'une incision à l'autre, ce qui fit un lambeau quarré, qu'il détacha de la surface de l'os, et qu'il fit ensuite soutenir par un aide. Il coupa les ligamens de l'articulation huméro-cubitale; il désarticula l'humérus, et il le sépara des parties musculaires qui y adhéraient, et cela dans l'étendue d'un pouce environ, et il en fit la section, parce que la carie en était complète. Le reste de l'os étant sain, il se contenta d'enlever, avec le ciseau, quelques traces de carie qui restaient à sa face postérieure.

Cela fait, il procéda à la formation d'un nouveau lambeau, afin de découvrir l'ex-

trémité supérieure des deux os de l'avant-bras, qui était cariée; il fit une incision le long du bord externe du radius, une autre sur le bord interne du cubitus; elles avaient un pouce et demi de longueur, elles suivaient la direction des deux premières, et commençaient où celles-ci avaient fini. Par ce moyen, il eut un second lambeau qu'il détacha des deux os qui étaient très-altérés; aussi, après les avoir séparés de leurs adhérences, il en scia la longueur d'un pouce.

Le malade fut remis dans son lit, son bras à demi fléchi, placé sur des coussins où on avait disposé un bandage à dix-huit chefs.

Mon père avait le projet de réunir les lambeaux par des points de suture, mais la circonstance suivante le mit dans l'impossibilité d'en pratiquer. Dans l'intention de s'étourdir sur les douleurs de l'opération, cet homme avait bu une bouteille de vin de Champagne blanc; comme il n'était pas ivre, il prit son air pour un effet de la crainte; mais à la première incision, le sang vint avec une telle abondance, qu'il fut dans l'obligation de faire serrer le tourniquet très-fortement. Cela ne l'arrêta pas,

mais il jugea à propos de remplir la plaie de charpie, et de la comprimer légèrement, afin de diminuer l'écoulement du sang : il y parvint en effet, mais les lambeaux ne furent pas rapprochés.

Quelques minutes après l'application de l'appareil, le malade eut des convulsions et du délire ; la nouveauté de ces accidens lui en fit soupçonner la vraie cause.

Le troisième jour, toute la charpie fut enlevée ; les lambeaux étaient contractés, enflammés et très-douloureux, en sorte qu'il fut impossible de tenter aucune suture. On tâcha d'y suppléer avec des bandelettes disposées de manière à faire un bandage unissant ; pendant vingt jours il n'en est résulté aucun bien, mais alors cela aida à rapprocher les lambeaux qui finirent par s'affaisser, se carnifier et se cicatriser. Mais cette terminaison n'eut lieu qu'au bout de six mois, et avec beaucoup de peines.

Sept mois après l'opération, le malade fut renvoyé entièrement guéri ; le bras, l'avant-bras et la main étaient dans l'état le plus sain. Environ deux ans après sa sortie de l'hôpital, cet homme reparut à Bar ; pour

lors, la guérison était complète, et la flexion du bras sur l'avant-bras assez marquée.

Troisième Observation.

Le nommé Marquoise, sergent au troisième bataillon de la Meuse, fut envoyé dans l'hôpital militaire de Bar-sur-Ornain, pour un ulcère sur le condyle externe de l'humérus, du côté droit, qui était la suite d'une plaie d'arme à feu.

Ayant reconnu qu'il y avait carie, mon père décida le malade à se la faire enlever.

Après l'avoir placé comme le précédent, il fit une incision longitudinale, depuis la partie inférieure du condyle externe, jusqu'à deux pouces au-dessus; il en pratiqua une seconde transversalement, qui de la partie inférieure de celle-ci, coupait environ la moitié externe du tendon du triceps brachial; il eut ainsi un lambeau triangulaire qu'il détacha de l'os; il mit à découvert toute la carie, et enleva, avec la gouge, le condyle externe, une lame de substance compacte épaisse de quatre

à cinq lignes et longue d'un pouce, la portion externe de l'olécrane, et la balle qui était restée.

Le lambeau fût rapproché et fixé par deux points de suture.

Six semaines après le malade a été parfaitement guéri, sans avoir éprouvé d'accidens. Trois mois après il est retourné à son bataillon, où il a continué son service pendant quelques années. Aujourd'hui, de retour dans ses foyers, il travaille du métier de cordonnier, et il ne lui reste de sa maladie, que la difficulté de rendre l'extension du bras parfaite.

Mon père a fait d'autres résections de l'articulation huméro-cubitale, parmi lesquelles je puis citer l'opération de Mlle. Cellier, de Bar-sur-Ornain, et celle de Mlle. Rouyer, de Saint-Mihel, qui se servent aujourd'hui de leurs bras d'une manière avantageuse (1).

Je puis même ajouter, sans mériter d'être accusé de présomption, ni de vanité, sen-

(1) Les observations n'en ont pas été recueillies, ainsi je ne puis que les indiquer.

timens aussi étrangers à mon cœur qu'ils le furent à celui de l'auteur de mes jours, que mon père et moi avons si constamment réussi dans ces opérations, que notre ville est devenue, en quelque sorte, le refuge des infortunés affectés de caries aux articulations, lorsqu'ils ont tenté tous les moyens conseillés par les gens de l'art, ou éprouvé les recettes de l'empirisme, et qu'il ne leur reste plus que la triste ressource de l'amputation, que souvent encore on n'a pas voulu leur faire, dans la crainte qu'une cause, qu'un virus caché ne la rendissent infructueuse.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Les observations dont je viens de donner le détail, prouvent évidemment que la chirurgie possède une ressource efficace pour la guérison des caries de l'articulation huméro-cubitale. Les succès que nous avons obtenus contribueront, je pense, à faire rejeter beaucoup plus souvent l'amputation dans tous les cas analogues. Il me serait agréable d'annoncer jusqu'à quel point cette méthode est applicable dans toutes les ma-

ladies graves qui affectent cette jointure; mais comme je n'ai pas d'observations à présenter, je ne pourrais raisonner que par analogie, ce que tout autre pourra faire comme moi.

« La résection des extrémités cariées des » os n'est proposable, dit M. *Boyer* (1), » dans les cas de tumeurs blanches ou lym- » phatiques, qu'autant que l'affection seroit » bornée aux cavités articulaires, et ne s'é- » tendrait que fort peu aux parties molles » qui environnent l'articulation. Si, par » exemple, le tissu cellulaire et les ligamens » qui sont autour du genou, engorgés et » confondus, formaient une couenne homo- » gène et lardacée, l'extirpation de cet ar- » ticle, telle que *Park* l'a proposée, serait » évidemment impraticable; et cette opé- » ration hardie n'est possible que dans le » cas où les os seuls seraient affectés ».

La réflexion qui a dicté ces conseils vient, sans doute, de la nécessité de ne rien donner au hasard, dans une opération qui deviendrait barbare, si elle était faite avec témé-

---

(1) Leçons sur les Maladies des Os, publiées par *A. Richerand*, tom. II, pag. 224.

rité. Je crois bien que lorsque les chairs sont altérées, au point de former avec les ligamens *une couenne homogène et lardacée*, il serait impossible de faire réussir l'opération. Mais l'os est-il jamais isolément affecté ? Dans les observations précédentes on trouve que les chairs étaient très-malades, ulcérées, épaisses, dures, changées dans certains endroits en une espèce de tissu lardacé ; cependant cela n'a pas empêché le succès. Si cet état des parties molles dépendait de la maladie de l'os, on devait penser qu'en détruisant cette cause, tout rentrerait dans l'ordre ; effectivement c'est ce qui est arrivé. J'assure, avec confiance, que ce changement est très-prompt ; mon père en était tellement convaincu, que, pourvu que les chairs fussent vivantes, il opérait. *Park* pensait à-peu-près de même, puisqu'au genou qu'il a guéri, *les tégumens étaient si tendus, qu'ils paraissaient hors d'état de céder à aucune autre distension ultérieure*.

Je crois cette vérité très-importante : mon père n'y arriva que par degrés; car, dans le principe, il croyait nécessaire d'enlever ce tissu cellulaire lardacé, comme on

le verra dans l'observation relative à l'articulation scapulo-humérale. Il y a sans doute un point où il faut s'arrêter ; mais mes observations ne me mettent pas à même de le fixer.

Les expériences de M. *Chaussier*, sur les articulations ginglimoïdales des animaux, semblent infirmer les faits que j'ai rapportés : pour mettre à même de juger en quoi elles diffèrent des miennes, je vais ici les citer. Je pense que l'on doit s'abstenir de tout raisonnement fondé uniquement sur l'analogie.

« (1) Le citoyen *Chaussier* a fait la » même expérience à l'extrémité tibiale du » fémur, à l'extrémité cubitale de l'humé- » rus, à l'extrémité tarsienne du tibia; il » a même emporté à différens animaux, » comme *Park* l'avait indiqué, des articu- » lations entières du coude et du genou ; » mais quoiqu'aucun des animaux soumis » à ces expériences ne soit mort, l'opération » a toujours été sans succès ; mais les chairs » coupées, ainsi que les os, se sont bien cica-

(1) Mémoires de la Société Médicale d'Émulation, troisième année.

» trisés; au lieu de former une articulation » nouvelle, les extrémités des os étaient éloi- » gnées les unes des autres, et la partie au- » dessous de l'articulation ne formait qu'une » masse pendante, entièrement inutile aux » mouvemens de l'animal. D'ailleurs, ces opé- » rations sur les articulations ginglimoïdes » sont très-difficiles, très-dangereuses, à » cause des ramifications vasculaires, et ne » peuvent promettre aucun succès, parce » qu'elles ne sont pas recouvertes et envi- » ronnées d'une assez grande quantité de » chairs ».

Le rétablissement du mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras, a toujours eu lieu dans les opérations que j'ai rapportées, ce qui me paraît dû à la conservation de l'attache radiale du biceps et de l'attache cubitale du brachial antérieur, ou au moins de l'une ou de l'autre, sans quoi je crois qu'il arriverait ce qu'a observé le savant professeur que je viens de citer; seulement les mouvemens de la main resteraient, avantage encore bien suffisant pour se décider à l'opération.

Mon père, en offrant, en 1782, à l'Académie de Chirurgie ses vues générales sur

la résection des articulations affectées de carie, pensait que l'opération du coude devait être suivie d'une ankylôse, et il proposait de faire consolider le bras dans une situation qui fût par la suite commode au malade. Jusqu'alors cette ankylôse s'est faite après l'opération de l'articulation fémoro-tibiale; mais, comme on a dû le voir, cela ne se passe pas ainsi pour l'huméro-cubitale; il y reste toujours, lorsque toute la jointure a été enlevée, un intervalle très-marqué entre les deux os de l'avant-bras et celui du bras. C'est aussi ce qu'on remarque chez les blessés qui ont été opérés à l'armée du Rhin. Les animaux opérés par M. *Chaussier* ont été dans le même cas, mais l'articulation du genou ne s'est pas ankylôsée : cette particularité pourrait bien provenir en partie de la différence de situation.

J'ignore encore ce qui s'est passé aux extrémités osseuses pendant leur cicatrisation; il eût fallu disséquer un bras guéri de cette opération. *Park* pensait que les os devaient s'alonger par le cal; mais ma première observation prouve que le membre s'était raccourci de trois pouces; ainsi s'il y a eu alongement,

cela n'a pas été loin. On en verra à-peu-près autant à la suite de l'opération faite pour l'articulation fémoro-tibiale.

« Dans le bras, dit *Park*, les avantages » qui résultent de la conservation de la » main et des doigts, avec tous leurs mouvemens primitifs, excepté ceux de pro» nation et de supination, sont si évidens » et si considérables, indépendamment des » mouvemens de l'articulation du coude et » de la longueur du bras, qu'il n'y aurait » point à hésiter un seul instant (1) ».

Park devait à son imagination ce pressentiment des résultats d'une opération qu'il n'a pas faite. Il est surprenant que plusieurs de ceux qui sont partis de son ouvrage, pour parler de la résection de l'articulation du coude, aient prétendu que le membre ne pouvait plus servir à rien. Les animaux dont parle M. *Chaussier* avaient besoin de leurs membres thorachiques pour la station, la progression, etc.; il est évident qu'ils devaient leur être inutiles et même à charge : mais chez l'homme où ils servent à d'autres usages, il en arrive autrement ; ils y con-

(1) Ouvrage cité, pag. 22.

servent, comme on l'a vu, la pronation et la supination; c'est un nouveau mouvement, mais le résultat est le même. *Park* ne l'espérait pas.

Ce que dit M. *Chaussier* du défaut de chairs pour la formation et la conservation des lambeaux, est une vérité pour les animaux soumis à ses épreuves; mais cela ne peut s'appliquer à l'homme, les ressources y étant suffisantes. Il est certain que l'établissement des lambeaux assure le succès de l'opération; aussi nous leur ménageons soigneusement une circulation facile, et nous leur donnons assez d'étendue pour pouvoir opérer facilement, et emporter ce qu'on découvre de malade: toute crainte à cet égard serait superflue, lorsqu'on ne coupe rien d'important; car la cure ne se prolonge pas en raison de l'étendue des plaies.

Mon opération diffère de celles de mon père, en ce que nos malades n'ont pas eu la même situation, et que j'ai scié l'humérus avant de l'avoir désarticulé; je vais dire ce qui m'y a conduit.

Dans les premières opérations de mon père sur l'articulation huméro-cubitale, les malades étaient placés sur une chaise, et

maintenus par des aides. Mais le patient se livrait à des mouvemens que l'on ne pouvait empêcher, ce qui embarrassait et tourmentait beaucoup. Mécontent de cette situation, je me suis décidé pour celle dont j'ai parlé, ce qui m'a été d'un grand avantage.

Si l'on veut commencer par désarticuler l'humérus, on éprouve qu'il n'est nullement aisé de le séparer des deux apophyses articulaires du cubitus; l'obstacle est presque insurmontable, si les os sont beaucoup augmentés de volume: d'ailleurs, l'os du bras se portant inférieurement en devant, il est très-difficile d'insinuer un instrument de bas en haut, pour détacher les chairs qui s'attachent à sa face antérieure. Ces difficultés se réduisent à très-peu de chose, lorsque l'os est coupé d'abord au-dessus de son articulation, parce qu'alors on le relève et on détruit aisément ses adhérences, sans éprouver le danger de couper les chairs plus qu'on ne veut. C'est ainsi qu'a procédé mon père, pour le genou et pour le pied, comme on le verra plus loin.

Je pense qu'en sciant d'abord l'olécrane, comme l'a conseillé *Park*, il serait plus facile de désarticuler l'humérus, mais il faudrait

toujours conduire un instrument de bas en haut sur sa face antérieure; ce qui est beaucoup, et ce qu'on ne peut bien juger sur un cadavre. Si cependant la portion de l'humérus à emporter avait peu de longueur, il faudrait bien commencer par la désarticuler, et alors, si l'olécrane se trouvait complètement malade, je pense qu'il conviendrait de commencer par le scier.

Je ne crois pas être dans l'obligation de donner les raisons du traitement que nous avons adopté; il y a déjà long-temps que l'on connaît assez la nature, pour débarrasser la chirurgie de ce qui ne lui est pas strictement nécessaire : ces sortes de choses se sentent facilement. *Park* a cru devoir donner à son traitement plus d'importance; la marche de nos maladies me dispense de toute réflexion à ce sujet.

L'hémorrhagie n'est pas aussi à craindre que l'on pourrait d'abord l'imaginer; on ne coupe aucun vaisseau principal; si quelques artères collatérales ou musculaires donnent de façon à inquiéter, il est très-facile d'en faire la ligature de suite; mais j'assure, avec confiance, que tous ces vaisseaux ne fournissent plus, lorsqu'il y a déjà une certaine

quantité de sang écoulé. Je n'ai jamais vu mon père s'interrom pre, dans ce cas, pour lier un vaisseau. Au surplus, on peut prendre la précaution du tourniquet.

Je terminerai en recommandant à quiconque voudra répéter cette opération, de se munir d'eau et d'éponges fines; rien de plus nécessaire; à chaque instant, il faut enlever le sang, et essuyer l'os pour en connaître la couleur.

CHAPITRE II.

Articulation fémoro-tibiale.

L'OPÉRATION dont je vais donner le détail, n'a été faite jusqu'alors que par *Park*. Le succès qu'il en a obtenu, prouvait déjà que l'on devait espérer un résultat avantageux; celui de mon père vient à l'appui. Je crois qu'après cela les praticiens estimeront que cette ressource, qu'ils jugeaient chimérique, est très-assurée, et qu'on peut la compter parmi les plus beaux moyens de notre art, puisqu'elle met à même de sauver un membre que jusqu'alors on a cru devoir sacrifier.

Beaucoup de chirurgiens, d'ailleurs très-habiles, seront arrêtés par la difficulté de l'exécution; mais j'espère que les observations se multipliant, ils seront forcés d'adopter cette méthode. Je conviens que l'amputation est plus facile et moins douloureuse; mais il n'est plus possible de soutenir qu'après la résection, le membre ne peut plus servir à rien: il y a tant de différences entre les résultats, qu'un ami de l'humanité ne pourra plus balancer.

Le procédé, suivi par mon père, diffère beaucoup de celui de *Park* ; il en donne les raisons à la fin de son observation. Je conseille à ceux qui voudront y réfléchir, de consulter l'ouvrage du célèbre chirurgien anglais.

Quatrième Observation (1).

Le fils du citoyen Clausé, apothicaire à Châlons-sur-Marne, éprouvait depuis un an, un gonflement considérable du genou; l'invasion dont on ne put découvrir la cause, avait été suivie de plusieurs abcès, dont il était resté des ulcères fistuleux, qui rendaient un pus séreux, infect, et qui permettaient à la sonde d'arriver à l'articulation, où elle faisait sentir les inégalités d'une carie. La peau était livide, infiltrée; l'articulation n'exécutait aucun mouvement, et le sujet très-maigre ne pouvait se lever que pour être porté sur une chaise longue où il avait le membre étendu.

Le passage de l'armée de Kellermann avait amené M. *Percy* dans notre ville: je

(1) Elle est de mon père, et c'est lui qui parle.

lui fis voir mon malade; j'eus la satisfaction de le trouver de mon avis : il voulut bien être présent à l'opération qui fut faite, comme il suit, le 17 septembre 1792. M. *Chamerlat*, son collègue, M. *Gremiliet*, chirurgien-major du premier régiment de Chasseur à cheval, et plusieurs chirurgiens de première classe de l'armée, y assistèrent aussi.

Je fis, de chaque côté de la cuisse, une incision longitudinale, qui pénétrait jusqu'à l'os, entre les vastes et les fléchisseurs de la jambe. Elle commençait à deux pouces au-dessus des condyles du fémur, et s'étendait sur les parties latérales de l'articulation jusqu'à ceux du tibia. Je les réunis par une section transversale qui passait au-dessous de la rotule en pénétrant jusqu'à l'os.

Je détachai des condyles du fémur le lambeau que je venais de former; la rotule y était comprise, comme elle était altérée, je l'enlevai. Je fis ensuite plier la jambe pour découvrir les condyles du fémur, après en avoir creusé un avec la gouge; je jugeai qu'ils étaient malades dans toute leur étendue, il fallait les enlever en totalité. Voulant les séparer du corps de l'os avant de les désar-

ticuler, je détachai ce qui y adhérait postérieurement à l'endroit où ils se confondent avec le corps de l'os : j'y passai le doigt indicateur de la main gauche, afin d'éloigner les chairs, et je sciai dessus; puis faisant plier le genou et relevant ma pièce, je la détachai facilement des chairs et des ligamens sans courir aucun risque.

Les condyles du tibia se trouvant cariés, il fallut les découvrir; pour ce, je fis une incision longue à peu près de dix-huit lignes sur la crête du tibia; je prolongeai d'autant sur la tête du péroné ma première incision latérale externe. Par-là, j'obtins un lambeau qui appartenait aux chairs qui remplissent extérieurement l'espace inter-osseux, puis un lambeau triangulaire, formé par la peau qui recouvre la face interne du tibia, qu'il me fallait découvrir pour pouvoir scier l'os.

Je détachai le lambeau externe, je découvris la tête du péroné; et après l'avoir séparée de tout ce qui s'y attachait, je la sciai avec une petite scie. Puis je relevai le lambeau interne, je séparai les condyles du tibia des chairs postérieures, et j'en sciai la longueur de dix lignes; le reste était sain.

Je mis la jambe dans la position où elle

devait être, par rapport à la cuisse; je rabaissai les lambeaux, je les rapprochai par quelques points de suture; je couvris les plaies avec des bandelettes enduites de cérat, et ensuite avec de la charpie. Le tout fut enveloppé de compresses, maintenues par le bandage à dix-huit chefs, et le malade fut remis au lit dans la position qui convenait à son état.

Les douleurs furent considérables le premier jour; le lendemain, elles se calmèrent. Je jugeai à propos de renouveler l'appareil, auquel j'ajoutai une machine destinée à fixer le membre dans sa situation.

Cette machine se composait d'une planche de la longueur de la partie malade; elle était taillée en biseau postérieurement, afin de ne pas blesser la cuisse, et échancrée antérieurement pour recevoir le talon. Elle se terminait par une semelle; et sur les côtés, il y avait des montans en bois qui s'insinuaient facilement dans des mortaises; comme ils surmontaient l'appareil, ils tenaient lieu de cerceau. J'avais aussi préparé des coussins en crin bouilli; j'en plaçais un entre le membre et la planche, et un autre de chaque côté entre lui et les montans. Le pied était ap-

pliqué contre la semelle; il y était fixé par un ruban de fil.

Les pansemens étaient d'une grande simplicité; je levais les montans, j'enlevais les coussins latéraux, je découvrais les plaies sur lesquelles je réappliquais la charpie, les compresses et le bandage humectés d'eau tiède : puis, je replaçais les coussins et les montans. Voulais-je changer le coussin inférieur et le bandage? Rien n'était plus aisé, un aide levait le membre sans en changer la situation, et je replaçais ce que j'enlevais. A la fin, je levais la jambe, et le malade faisait le changement de coussin.

Au moyen de cet appareil, je levai l'opéré trois jours après l'opération, et je le couchai sur une chaise longue. Au bout de quinze jours, je le mis sur un fauteuil, de manière que l'extrémité supérieure de la planche posait sur le fauteuil, et l'inférieure sur une chaise dont le siége était de même hauteur. Rien n'était plus facile que de lever le malade et de le recoucher.

Il est difficile de se figurer le peu d'accidens que mon opéré a éprouvés. Les premiers jours, fièvre, agitation, peu de repos; le quatrième, plaies douloureuses et gonflées, sup-

puration infecte et abondante; le septième, calme très-marqué. Bientôt la suppuration a diminué; les plaies se sont refermées; après un mois, il ne restait qu'une ouverture à chaque angle du lambeau crural, et une à l'angle des lambeaux de la jambe; il en sortait un pus louable qui venait de l'intérieur de la plaie. Les os s'étaient rapprochés et consolidés, au point que lorsque le malade faisait tourner la cuisse, la jambe obéissait au même mouvement.

Au bout de trois mois, la consolidation des os était telle, que j'abandonnais le membre dans le lit, le blessé l'y remuait à son gré; je ne reprenais la planche que pour le lever. Enfin, je me promettais de le faire marcher en crosses un mois ou six semaines après; mais une circonstance étrangère à mon opération m'en a enlevé le fruit. Les Prussiens, en se retirant du territoire français, laissèrent une épidémie dyssentérique, qui, comme on sait, moissonna la plupart de ceux qui en furent atteints. Elle pénétra dans l'hôpital militaire de Bar, dont j'étais chargé, et fut communiquée à mon opéré que je pansais tous les jours. Il n'y put résister; au bout

de quinze jours il y succomba, trois mois et demi après son opération.

Ce malheureux accident m'a privé de la satisfaction de jouir du fruit de mes peines; mais je suis resté convaincu de l'utilité de mon opération, et de la nécessité de la répéter dans les cas semblables. Je pouvais regarder mon malade comme guéri, car il n'y avait plus d'accidens à redouter.

J'avais pensé que le membre n'éprouverait pas un racourcissement proportionné à la longueur des pièces emportées; mais je me trompai, le racourcissement était considérable.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES (1).

Avant que l'ouvrage de *Park* ne fût connu, j'avais pensé à appliquer ma méthode à l'articulation du genou; son succès a affermi ma résolution, mais n'a pas influé sur mon procédé; comme cet objet est neuf et du plus grand intérêt, je crois convenable d'exposer mes motifs.

« On fit, dit *Park*, une incision qui com-

---

(1) Elles appartiennent encore à mon père, qui continue à parler.

» mençait à deux pouces au-dessus de l'ex-
» trémité supérieure de la rotule, que l'on
» continua jusqu'environ deux pouces au-
» dessous de son extrémité inférieure; en-
» suite la jambe étant étendue, on fit une
» seconde incision qui croisait la première à
» angle droit, immédiatement au-dessus
» de la rotule, à travers les tendons des
» muscles extenseurs jusqu'à l'os ».

Cette manière d'opérer m'a paru avoir beaucoup d'inconvéniens : 1°. on a quatre lambeaux qui doivent embarrasser beaucoup; 2°. les lambeaux inférieurs ne se composent presque que de peau; et comme ils sont longs, il m'a paru qu'ils devaient être mal vivifiés, c'est ce que j'ai tâché d'éviter; 3°. s'il fallait emporter une grande portion du tibia et du péroné, on aurait une peine infinie avec la seule incision longitudinale que *Park* pratique sur la crête du tibia; 4°. si le tibia n'était carié que dans quelques points de son extrémité, mon lambeau supérieur me suffirait. *Park* ne me paraît pas pouvoir s'arrêter ainsi; 5°. la crainte que ce chirurgien témoigne de blesser la capsule, et la précaution qu'il prend d'en conserver le plus possible, tout cela est chimérique; car

rien de plus indifférent ici que cette capsule ; 6°. son étui de fer-blanc me semble mauvais, parce qu'il ne peut empêcher la jambe de tourner et de changer sa situation par rapport à la cuisse, et parce qu'il faut en sortir le membre pour pouvoir le panser. L'appareil que j'ai adopté n'a aucun de ces désavantages.

Je suis tellement convaincu du rare mérite de l'auteur dont je critique quelques parties du procédé, que je prie de ne pas considérer ces réflexions comme diminuant le prix de ses travaux ; mais ayant suivi une autre marche que lui, j'en dois les motifs à celui qui voudra nous imiter.

CHAPITRE III.

Articulation tibio - tarsienne.

En offrant deux exemples du succès de la résection de l'articulation tibio-tarsienne, affectée de carie, je crois être le premier qui en ait parlé. Mon père, en imaginant son procédé, sentit combien il était difficile de ménager les tendons, les vaisseaux et les nerfs qui entourent cette jointure; mais enfin il se décida, et son entreprise a été couronnée du plus heureux succès.

Je dois penser que son exemple sera suivi, et que l'amputation sera encore réservée pour d'autres circonstances.

Cinquième Observation.

Le fils de M. Lucot, inspecteur de gendarmerie, ayant éprouvé en 1791, une entorse, fut conduit par une suite d'accidens à une carie très-étendue de l'articulation du pied avec la jambe gauche. Un an après, il y avait un ulcère fistuleux de chaque côté de la jointure; il en sortait un pus sanieux

et infect ; et le stylet y étant introduit, faisait toucher à nu l'extrémité articulaire du tibia, celle du péroné et le corps de l'astragal. Le pied et la partie inférieure de la jambe étaient tuméfiés ; le malade y éprouvait des douleurs sourdes, et ne pouvait s'appuyer dessus.

Il est certain que l'amputation était la seule ressource de l'art ; mais mon père pensa que sa méthode y était applicable, et le 15 avril 1792, il mit en pratique son procédé de la manière suivante.

Il fit une incision longitudinale, depuis la partie inférieure et postérieure de la malléole externe, jusqu'à trois à quatre pouces au-dessus ; puis une autre transversale, qui, de la partie inférieure de celle-ci, s'étendait jusqu'au tendon du petit péronier.

Il pratiqua également, du côté interne, une incision longitudinale qui commençait à la partie inférieure et postérieure de la malléole, et se prolongeait à trois ou quatre pouces le long du bord interne du tibia ; puis par une nouvelle incision qui commençait à la partie inférieure de celle-ci, il coupa transversalement la peau jusqu'au tendon du jambier antérieur.

Il dégagea le péroné des tendons, des ligamens, et en général de tout ce qui le fixait; il fit passer le manche d'un scalpel par-dessous, et le coupa, avec le ciseau, au-dessus de la malléole : s'étant aperçu que l'os était malade plus haut, il en enleva encore la longueur de dix lignes.

Voulant avant de désarticuler le tibia, le couper au-dessus de la malléole, il détacha ce qui s'y insérait; alors, après avoir passé le manche de son scalpel entre la face postérieure de cet os, et les chairs qu'il venait d'en séparer, il introduisit une lame de scie très-étroite, montée sur un manche, entre les chairs antérieures et sa crête, et il le scia de devant en arrière, ce qui fut fort laborieux. Cela fait, il renversa le pied en dehors, il fit saillir la pièce coupée, et il la détacha du tarse avec assez de facilité.

L'astragal étant malade il en enleva toute la face articulaire, et une grande portion du corps, jusqu'à la partie saine.

Le pied fut replacé dans la situation où il devait être, par rapport à la jambe. L'opérateur réunit, au moyen d'un point de suture, l'angle de chaque lambeau avec les bords opposés. Il recouvrit les plaies de

charpie enduite de cérat, qu'il maintint par des compresses, et le bandage à dix-huit chefs.

Pour rendre permanente la situation du pied, il fit préparer deux plaques de fer-blanc, disposées de manière à s'appliquer sur les côtés de la jambe et du pied; il les fit garnir de coussin de crin bouilli, et les appliqua en les fixant par des cordons qu'il nouait en devant; il assura le pied par une semelle qui s'attachait aux plaques; enfin, un cerceau éloigna du membre le poids des couvertures.

Pour panser cette plaie, il faisait assujettir le genou et le pied par deux aides, puis levait la semelle, les plaques, le bandage, etc., recouvrait les ulcères de charpie, et rétablissait tout son appareil.

Le malade fut à la diète les premiers jours qui suivirent l'opération; il prit pour boisson de l'eau d'orge, coupée avec le lait. Il y eut de la fièvre les cinq premiers jours. La suppuration fut d'abord abondante et fétide, mais elle ne tarda pas à diminuer et à devenir louable.

Six semaines après, les plaies étaient réduites à un huitième, et le pied déjà assez

consolidé avec la jambe, pour qu'on ne le soutînt plus pendant le pansement. Cependant on continuait l'usage des plaques.

Au bout de trois mois, le cours heureux de la maladie fut retardé par un abcès que l'on traita par les cataplasmes émolliens, et qui ne fut bien guéri qu'au bout de six semaines, et bientôt après il lui succéda une éruption dartreuse que l'on parvint à guérir aussi.

Ces deux accidens empêchèrent le malade de s'appuyer sur son pied avant le sixième mois; le septième, il se servait encore de crosses; au huitième, ce n'était plus que d'un bâton; et à la fin du neuvième, il marchait sans appui, ce qu'il ne tarda pas de faire de manière à satisfaire à tous ses désirs.

Cette jambe n'est pas dans le même état que l'autre; il reste un vide sensible à la place de la malléole externe; au-dessus de la jonction du pied avec la jambe, du côté interne, il y a eu très-long-temps une tumeur qui diminua par gradation, et qui est enfin disparue. Le pied s'est rapproché de la jambe, en sorte qu'elle est racourcie d'un pouce ou environ. Il ne s'est pas formé

de nouvelle articulation tibio-tarsienne ; mais l'astragal avec le scaphoïde, le calcaneum avec le cuboïde, et les autres os du tarse entre eux, ont acquis une mobilité extraordinaire, qui supplée en grande partie à l'articulation détruite ; en sorte qu'avec un talon élevé cet opéré marche sans claudication.

Il fut examiné par MM. *Percy* et *Chamerlat* quelques mois après son opération ; ils témoignèrent leur étonnement d'une guérison si prompte, et d'un résultat aussi surprenant.

Sixième Observation.

Louis Meunier éprouvait depuis son bas âge, et sans qu'il en connût la cause, une carie de l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche. Dire qu'il avait épuisé tous les topiques accrédités par la faiblesse, c'est répéter une observation commune à tous les cas dont je rapporte l'histoire, les malades ne se décidant à supporter les opérations que quand ils ne savent plus que faire.

Je fus consulté en pluviôse an 4 ; le malade était âgé de dix-sept ans, d'une

constitution délicate, mais se portant bien; il avait éprouvé, à l'âge de quatorze ans, des abcès glanduleux à l'aine et à l'aisselle, dont il ne restait que le souvenir. L'articulation malade était très-gonflée, la peau était œdématiée et livide, la jambe, très-maigre, offrait les cicatrices d'anciens dépôts guéris. La malléole interne était considérablement augmentée de volume, l'articulation n'avait plus de mouvemens, les os du tarse étaient immobiles aussi; de sorte que le malade ne marchait qu'en fauchant. Deux ulcères situés au côté interne servaient d'issue à deux sinus; par l'antérieur on conduisait le stylet sur le côté interne de l'astragal, et par le postérieur, sur le même os, en arrière et dans une excavation dont on ne pouvait trouver le fond, à cause de sa direction, et de la douleur excessive que la sonde y faisait éprouver. La suppuration était une sanie ichoreuse qui teignait les linges en noir.

La résection fut décidée, et je la pratiquai comme il suit.

Je fis une incision transversale au-dessous de la malléole interne; elle s'étendait de son bord postérieur, jusqu'à l'articulation de

l'astragal avec le scaphoïde; une seconde se portait de l'extrémité antérieure de celle-ci directement vers la plante du pied dans l'étendue d'un pouce; enfin, une troisième allait de son extrémité postérieure vers le calcaneum, en la bornant de manière à respecter les vaisseaux qui passent sur la face interne de cet os.

Je relevai mon lambeau après l'avoir détaché de ce qu'il recouvrait; je reconnus que l'astragal était à emporter; j'en enlevai une partie avec ma gouge; mais gêné par la malléole interne, il fallut passer au tibia.

Je fis une incision longitudinale dans l'étendue de deux pouces sur le bord antérieur de cet os; elle se réunissait inférieurement à la plaie transversale. J'eus, par ce moyen, un lambeau triangulaire qui se continuait avec les chairs de la face postérieure du tibia, et l'avantage de conserver les tendons qui passent derrière cet os. Je disséquai ce lambeau et le relevai.

Toute l'extrémité inférieure se trouvait cariée; ne pouvant l'isoler pour la scier, à cause du péroné que je laissais, je fus obligé de l'enlever avec la gouge, ce qui amena beaucoup de difficultés. Je fis ainsi la résec-

tion d'un pouce et demi. A cette hauteur, la substance compacte était saine; mais il n'en était pas de même des cellules médullaires, qui étaient tellement altérées, que je fus obligé d'en enlever deux pouces, en insinuant ma gouge dans cette partie (1).

Cela fait, j'enlevai le reste de l'astragal; les autres os du tarse étant sains, je n'y touchai pas; enfin, je rabaissai les lambeaux, et je les maintins par des points de suture.

L'opéré fut remis au lit, le pied appuyé sur un coussin en balle d'avoine recouvert d'un drap, et placé sur le côté externe. Les plaies furent recouvertes de bandelettes enduites de cérat et par-dessus de charpie seche, le tout enveloppé de compresses et du bandage à dix-huit chefs.

Les deux premiers jours, la plaie rendit beaucoup de sanie sanguinolente; le malade fut agité, et eut de la fièvre. Quelques jours

(1) L'on pensera peut-être que ces cellules, ainsi détruites, doivent amener la mortification du cylindre osseux qui les recouvre; mais cela ne se passe pas ainsi. Si on était privé de cette ressource, ces opérations seraient souvent si énormes qu'elles deviendraient impraticables.

après, tout se calma, et la suppuration s'établit bien.

J'avais le projet de faire rester mon malade au lit, jusqu'à ce que le tibia me parût assez solide pour fournir un appui : alors en lui donnant des béquilles, je pensais l'amener par des exercices gradués et lents, à s'appuyer solidement sur le talon. Mais il était jeune; et au bout de six semaines se sentant des forces, je ne pus le retenir; il se leva, prit des béquilles, et courut sans ménagemens par-tout où ses desirs l'entraînaient.

Le complément de la cure fut retardé, les plaies furent très-long-temps à se fermer; le tibia ne pouvant aider le péroné à soutenir le poids qu'on lui faisait supporter, celui-ci descendit sur le côté externe du pied qui se déjeta en dedans (1), de sorte qu'aujourd'hui cet individu s'appuie sur le bord externe de la plante du pied. Cela n'empêche pas qu'il ne marche; long-temps il lui a fallu des béquilles; mais enfin il a fini par les quitter.

L'articulation tibio-tarsienne n'existe plus,

---

(1) J'avais fait faire des plaques comme dans l'observation précédente; mais le malade ne les mettait qu'au lit, et cela à mon inçu.

mais les os du tarse y suppléent comme dans l'observation précédente.

L'extrémité inférieure du tibia s'est régénérée en partie; on sent à l'endroit où était le vide, un os très-solide, d'une conformation analogue à celle du tibia.

En faisant cette opération, je laissai l'extrémité inférieure du péroné, pensant que la nature en reproduisant la portion enlevée du tibia, ces deux os fourniraient à mon malade un appui solide. Je me fondais sur un fait de mon père, où il y eut reproduction d'une grande portion du tibia, qui avait été enlevée sans toucher au péroné; mais, soit les imprudences de mon opéré, soit que j'aie eu trop d'espoir, le résultat, comme je viens de l'exposer, ne fut pas ce que j'attendais. Aujourd'hui, je me déciderais, en cas pareil, à emporter du péroné la même portion que je serais forcé d'enlever au tibia; il en résulterait plus de racourcissement, mais la cure serait plus facile et moins longue.

Les deux opérations dont je viens de donner l'histoire, prouvent que la difficulté de mettre les os suffisamment à découvert pour les scier

aisément, rend la résection de l'articulation tibio-tarsienne très-laborieuse.

On est dans l'obligation de conserver les tendons, les vaisseaux et les nerfs qui environnent cette jointure; et pour ce faire, il faut borner l'incision transversale; il en résulte, qu'ayant très-peu d'ouverture, la section de l'os exige beaucoup de patience et des précautions multipliées.

Ne pouvant former les lambeaux de la jambe qu'avec de la peau, il faut leur donner très-peu de largeur, et conserver leur continuité avec les chairs de la face antérieure ou postérieure.

Cette opération est peut-être la plus difficile de toutes celles dont j'ai parlé.

Mon observation n'offre pas le même intérêt que celle de mon père; j'ai bien obtenu une guérison parfaite, mais les fonctions du membre ne sont pas aussi bien rétablies. Je crois en avoir trouvé la cause, ainsi que je l'ai dit. Comme cette méthode est nouvelle, j'ai pensé qu'elle pourrait encore servir beaucoup à généraliser le procédé.

Les plaies qui suivent les opérations dont j'ai donné le détail, se cicatrisent avec une promptitude surprenante dans le commen-

cement ; mais il reste sur la fin de petits ulcères, ou des sinus qui rendent un pus séreux, qui sont très-long à se fermer complètement : ils sont quelquefois entretenus par de petites esquilles qui sortent spontanément, et qui renouvellent des suppurations au moment où l'on y pense le moins; mais tout cela n'empêche pas la nature de rétablir les parties, comme elles doivent exister; en sorte qu'il ne faut pas s'en occuper. Nous jugeons nos malades guéris, lorsqu'ils sont arrivés à ce point; et en effet, après un temps plus ou moins long, ces plaies se ferment et ne s'ouvrent plus.

CHAPITRE IV.

Articulations tarsiennes.

La carie des os du tarse est très-fréquente ; leur structure spongieuse et les rapports de leurs articulations, sont probablement cause de la rapidité avec laquelle elle se propage. Il en est résulté que très-souvent nous avons été obligés d'en faire l'ablation.

Ces opérations ne sont pas très-difficiles ; on découvre facilement les os malades, et les lambeaux sont bien nourris. L'embarras principal consiste à désarticuler l'os qu'on veut enlever ; il offre si peu de prise, les faces articulaires sont si multipliées, et les symphyses si parfaites, qu'on éprouve souvent de la peine. Quoi qu'il en soit, on sera toujours satisfait du résultat : ici la guérison avance à grands pas, et le malade parvient, en peu de temps, à se servir de son membre, comme si on ne lui eût rien enlevé ; il boite pendant quelques mois, puis marche sans claudication.

La carie du calcaneum ne présente pas les mêmes ressources ; si on enlève sa face

inférieure, le talon ne peut plus supporter le poids du corps, et le malade est obligé de s'appuyer sur la partie antérieure de la plante du pied, avant qu'il ne s'habitue à l'usage du haut talon. Si on était obligé de détruire l'attache du tendon d'Achille, je crois qu'il vaudrait mieux couper le membre. Je n'ai fait cette opération qu'une fois; j'ai creusé toute la face inférieure du calcaneum; j'ai conservé l'insertion du tendon des gastrocnémiens : le malade est bien guéri, et le mouvement progressif s'est fait comme je l'ai dit.

Les os du métatarse sont aussi cariés souvent; pour l'ordinaire cela provient de leur communication avec les os du tarse. Si la base est affectée seule, il faut en faire la résection, et laisser ce qui est sain; mais si c'est leur extrémité antérieure ou toute leur étendue, il faut emporter la totalité de l'os, et comme les orteils correspondans n'auront plus d'appui, il n'y a aucun avantage à les laisser. L'extirpation de ces os est difficile, à raison de leur articulation tarso-métatarsienne. Si l'on n'a à faire qu'à l'un d'eux, on n'a pas besoin de lambeau, il suffit d'une incision longi-

tudinale sur la face supérieure du pied; après, on rapproche les lèvres de la plaie, qui se réunissent promptement. L'on est exposé à couper l'arcade plantaire, mais cela n'est d'aucun danger; je n'ai jamais été dans la nécessité d'en faire la ligature: au surplus, il serait facile de se rendre maître du sang. J'ai fait cette opération plusieurs fois; mais j'ai négligé d'en tenir note.

Ce que je dis du métatarse, peut et doit s'appliquer aux os du métacarpe.

Les os du carpe, comme ceux du tarse, se carient fréquemment: ici, cette maladie fait des progrès rapides; le plus souvent tous ces petits os, la base de ceux du métacarpe, et l'articulation radio-carpienne, se trouvent altérés quand on vous consulte. Dans ce cas, il n'y a plus de ressource que dans l'amputation.

La carie de l'articulation radio-carpienne exige la résection; je l'ai faite une fois, et j'ai réussi: je n'en ai pas fait l'observation; mais il me souvient que la malade conserva le mouvement des doigts, et recouvra en partie ceux du poignet. J'observerai à cet égard, que si l'on coupe seulement l'extré-

mité de l'un des deux os, la main se déjette de ce côté; ainsi il faut couper également les deux, comme je l'ai dit pour l'articulation tibio-tarsienne. Il faut ménager les tendons, et ouvrir la jointure sur les côtés.

De toutes les opérations faites à l'occasion de la carie des os du tarse, il ne me reste que l'observation suivante, qui suffira pour donner l'idée de la marche à suivre.

Septième Observation.

En 1788, mon père fut consulté pour le fils de M. Varinot, laboureur et maire à Savonnières, en Pertois : six semaines avant il avait reçu un coup violent sur la face supérieure du pied; il en était résulté une suite d'accidens, et au moment où il le vit, le pied et la partie inférieure de la jambe étaient très-gonflés : vis-à-vis l'os cuboïde il y avait un ulcère d'un pouce de diamètre, qui rendait un pus sanieux; on en voyait un autre entre le troisième et le quatrième os du métatarse, provenant d'une incision faite quelques jours avant, à l'occasion d'un abcès. La sonde qu'on pouvait faire pénétrer dans l'intérieur du cuboïde,

faisait sentir une carie dont on ne pouvait juger l'étendue.

L'opération décidée, mon père fit une incision du côté externe du pied, depuis le tiers supérieur du cinquième os du métatarse, jusqu'au-dessus de l'apophyse antérieure du calcaneum, en passant par l'ancien ulcère dont il a été parlé. L'incision précédemment faite entre le troisième et le quatrième os du métatarse se trouvant suffisante, il en pratiqua une autre transversalement, de manière à réunir les deux. Le lambeau ainsi formé, il le sépara des os, le releva, et le fit maintenir par un aide.

Il fut obligé d'enlever le cuboïde, le troisième os cunéiforme, l'extrémité postérieure du quatrième os du métatarse, ainsi que le côté interne de la même extrémité du cinquième, et enfin la surface articulaire par laquelle le calcaneum s'unit au cuboïde. Le tendon du long péronier fut conservé, et resta à nu au fond de la plaie.

Ceci fait, il rabaissa le lambeau, et le fixa par deux points de suture.

Du quatrième au huitième jour, il y eut

beaucoup de douleurs et de gonflement; le cinquième, les points de suture furent coupés : le relâchement arriva du neuf au douze. Il y eut alors une suppuration considérable, et les accidens se dissipèrent. Bientôt la plaie interne et l'inférieure commencèrent à se cicatriser; l'externe donna issue à une grande quantité de pus. Le vide laissé par les os emportés s'est rempli d'une substance qui est devenue osseuse.

Le mouvement du pied s'est complétement rétabli. Le malade a d'abord marché avec des béquilles; mais il a fini par les abandonner, et enfin par marcher comme auparavant.

Le pied n'a plus aucune difformité.

CHAPITRE V.

Articulation scapulo-humérale.

J'AI promis de faire connaître l'observation que mon père adressa à l'Académie de Chirurgie, sur une résection des os de l'articulation scapulo-humérale. On y trouvera un procédé qui diffère de celui que l'on conseille généralement, et qui assure l'important avantage de découvrir facilement toute l'étendue de la maladie qui en nécessite l'emploi.

Depuis, il a été répété par mon père avec le plus grand succès, pour un spina-ventosa très-volumineux.

On conviendra sans doute que l'on ne peut trop multiplier les faits sur un objet qui intéresse aussi essentiellement le perfectionnement de la chirurgie.

Huitième Observation.

Le 15 juin 1786, mon père fut appelé pour l'épouse de M. Viry, maître de forges à Cousances, alors âgée de 45 ans; elle avait,

depuis dix mois, une maladie de l'articulation scapulo-humérale gauche. L'épaule et la partie inférieure du bras étaient considérablement enflées; la main et l'avant-bras étaient œdématiés. Si on essayait de mouvoir l'articulation, la malade éprouvait les plus vives douleurs : du reste, elle souffrait constamment, et avait perdu l'appétit et le sommeil. Quelques mois avant, M. *Balthasard*, chirurgien du lieu, avait, à l'occasion d'un dépôt, pratiqué une incision longitudinale, longue de trois pouces, sur le côté antérieur de l'articulation.

Ayant jugé qu'il y avait carie des os de l'articulation, mon père décida la malade à se la faire enlever, ce qu'il pratiqua comme il suit le 8 juillet suivant.

Il fit à la partie postérieure de l'article, une incision longitudinale, qui commençait à quelques lignes au-dessous de l'apophyse acromion, et descendait à trois pouces au-dessous : elle était parallèle, et éloignée de quatre pouces de celle qui avait été précédemment faite; il les réunit en haut par une incision transversale qui coupait les chairs à six lignes au-dessous de l'attache supérieure du deltoïde; ce qui produisit un lambeau

large de quatre pouces et long de trois, qu'il renversa sur le bras, après l'avoir détaché de l'os.

De chaque extrémité de l'incision transversale, il en pratiqua une nouvelle; l'antérieure se dirigeait vers l'extrémité humérale de la clavicule, et la postérieure vers l'épine de l'omoplate; ce qui lui fit un nouveau lambeau qu'il releva, et qui lui donna la plus grande facilité pour découvrir toute l'étendue de la carie.

Cela fait, il désarticula l'humérus, il le fit relever en haut; et ayant reconnu tout ce qui était carié, il le scia au-dessous, et arrondit avec la gouge le bord de la partie laissée.

Il rabaissa le bras contre le tronc, et il l'y fit maintenir; puis il enleva facilement avec la gouge la totalité de l'angle externe de l'omoplate et une partie de l'acromion.

Après avoir enlevé tout ce qu'il put du tissu cellulaire abreuvé de matière lymphatique durcie, il conduisit la malade au lit, et plaça le membre de manière que le bras formait un angle droit avec le tronc, l'avant-bras étant à demi-fléchi. Il rapprocha les lambeaux, les fixa par des points de suture,

recouvrit les plaies de charpie, qu'il maintint par des compresses et le bandage à dix-huit chefs.

Il y eut douleurs vives la première journée, un peu de sommeil la nuit suivante, de la fièvre les premiers jours. Pendant ce temps, diète sévère, et retour aux alimens le huit.

La malade fut un peu levée le onze; le quatorze, on ne lui causait aucune douleur en lui remuant légèrement le bras; les plaies supérieures se réunissaient, l'antérieure et la postérieure du lambeau huméral fournissaient un pus louable et abondant, l'œdématie se dissipait; on donna une petite dose de quinquina, qui fut continuée pendant quelques jours. On purgea quelquefois pendant le cours du traitement.

Le vingt-un, il y avait très-peu de suppuration, et l'opérée commençait à mouvoir son bras.

Dans le mois d'octobre suivant, la guérison fut retardée par une tumeur phlegmoneuse, qui survint spontanément au milieu du bras; elle n'avait aucune communication avec la plaie; la cure en fut facile et prompte.

La guérison achevée, il est resté une dé-

pression au moignon de l'épaule, comme dans une luxation de l'humérus en bas. La partie supérieure de l'humérus s'est placée sur les côtes en devant du bord externe de l'omoplate; elle n'a pas changé sensiblement de volume, et a formé une sorte de symphyse avec les parties qui l'environnent; en sorte que le bras peut exécuter tous ses mouvemens, à l'exception de celui d'élévation qui est très-borné.

J'ai voulu prouver, par l'évidence de fait, que la résection de plusieurs articulations affectées de carie, est une opération très-praticable, et qui offre un résultat si avantageux, que l'amputation du membre doit être proscrite dans tous les cas où elle peut être faite.

C'est aux praticiens qui me jugent qu'il appartient de décider si j'y suis parvenu.

FIN.

EXPLICATION
DE LA PREMIÈRE PLANCHE.

Elle représente, dans leurs dimensions naturelles, les os enlevés au malade qui fait le sujet de la première observation.

FIGURE PREMIERE.

Extrémité inférieure de l'humérus, vue par sa face antérieure; on voit qu'elle était gonflée et très-altérée.

I I.

Extrémité inférieure de l'humérus, vue par sa face postérieure : à la partie supérieure et externe de la cavité olécrane, se trouve un enfoncement qui provient d'un coup de gouge qui a été donné pour juger la couleur de l'os.

I I I.

Seconde portion de l'humérus, vue du côté antérieur.

I V.

Seconde portion de l'humérus, présentant sa face postérieure qui est très-peu altérée.

V.

Extrémité supérieure du cubitus, vue du côté interne.

V I.

Extrémité supérieure du cubitus, vue du côté externe. Les deux cavités articulaires sont détruites par la carie.

V I I.

Extrémité supérieure du radius, présentant la coupe faite avec la scie.

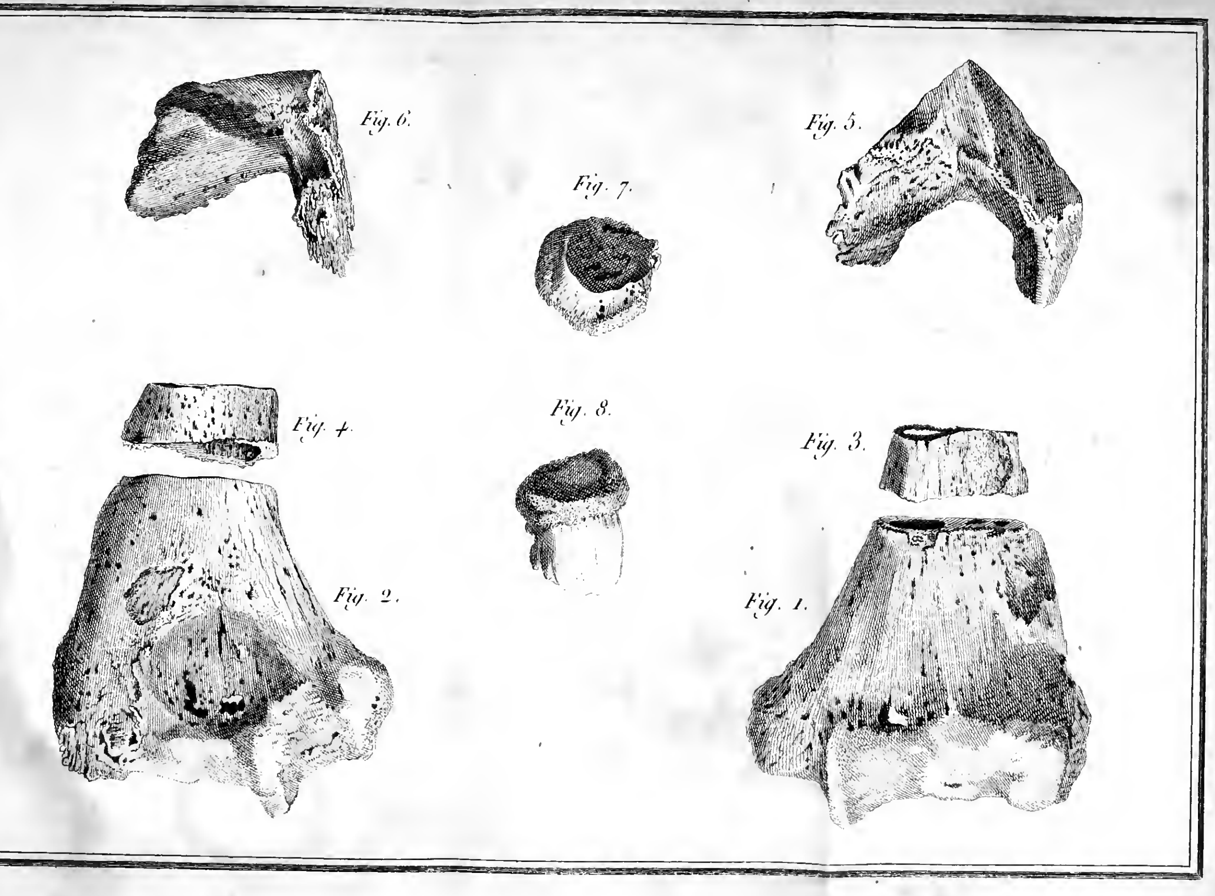
V I I I.

Extrémité supérieure du radius, présentant sa cavité glénoïdale qui est détruite par la maladie. On peut distinguer la coupe oblique, au moyen de laquelle on a conservé l'attache du biceps.

EXPLICATION

DE LA SECONDE PLANCHE.

Elle représente l'état actuel du bras qui fait le sujet de la première observation : il est vu du côté externe. On y distingue la cicatrice de la plaie latérale externe, et une partie de celle de la plaie transversale. L'on n'a pas suivi les dimensions naturelles.


Fig. 6.
Fig. 7.
Fig. 5.
Fig. 4.
Fig. 8.
Fig. 3.
Fig. 2.
Fig. 1.

